



Número: **0809412-41.2020.8.15.2001**

Classe: **PROCEDIMENTO COMUM CÍVEL**

Órgão julgador: **9ª Vara Cível da Capital**

Última distribuição : **12/02/2020**

Valor da causa: **R\$ 11.137,50**

Assuntos: **Acidente de Trânsito**

Segredo de justiça? **NÃO**

Justiça gratuita? **SIM**

Pedido de liminar ou antecipação de tutela? **NÃO**

| Partes | | Procurador/Terceiro vinculado | |
|--|--------------------|---|-------------------|
| YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS (AUTOR) | | JULIANA BRAVO DE ARRUDA SCHERMANN (ADVOGADO) | |
| SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A. (REU) | | SUELIO MOREIRA TORRES (ADVOGADO) | |
| TIAGO MARTINS FORMIGA (TERCEIRO INTERESSADO) | | | |
| Documentos | | | |
| Id. | Data da Assinatura | Documento | Tipo |
| 37303499 | 01/12/2020 10:42 | Petição | Petição |
| 37303504 | 01/12/2020 10:42 | 2705356_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_Anexo_02 | Outros Documentos |
| 37303506 | 01/12/2020 10:42 | 2705356_IMPUGNACAO_AO_LAUDO_PERICIAL_01 | Outros Documentos |

EM ANEXO



Rio de Janeiro, 17 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

Nº Sinistro: 3180377600

Vítima: YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 16/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: AVISO DE SINISTRO

Senhor(a),

Informamos que o seu pedido de indenização foi cadastrado sob o **número de sinistro 3180377600**.

Esclarecemos que o valor para a cobertura de Invalidez Permanente é de **ATÉ R\$ 13.500,00**, apurado com base no grau da lesão permanente sofrida, conforme legislação vigente.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 dias, a partir do recebimento pela seguradora de toda a documentação necessária**.

Sendo necessários documentos ou informações complementares, o prazo será interrompido. O prazo de 30 dias recomeça assim que a seguradora receber os documentos ou as informações complementares.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site **www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Carta nº 13250642

Pag. 00403/00404 - carta_01 - INVALIDEZ



Rio de Janeiro, 20 de Agosto de 2018

Aos Cuidados de: YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

Nº Sinistro: 3180377600

Vítima: YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

Data do Acidente: 16/04/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: EXIGÊNCIA DOCUMENTAL

Senhor(a),

Após a análise dos documentos apresentados no sinistro cadastrado sob o **número 3180377600**, identificamos a necessidade de regularizar a documentação apresentada, conforme a seguir:

- Documentação médico-hospitalar não conclusivo

A documentação deve ser entregue na **COMPREV SEGURADORA S/A**, onde o aviso de sinistro foi registrado, juntamente com cópia desta correspondência.

O prazo regulamentar de 30 dias para análise do pedido da indenização do Seguro DPVAT foi **interrompido** e terá sua contagem reiniciada a partir da entrega da documentação complementar na seguradora acima indicada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 dias, a contar do recebimento desta correspondência, ou não haja qualquer manifestação sua por escrito neste prazo, **o seu pedido de indenização será negado por ausência de comprovação documental**. Providencie a documentação o quanto antes para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Qualquer dúvida, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br ou ligue para o **SAC DPVAT 0800 022 12 04**. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para **0800 022 12 06**. Tenha em mãos o número do sinistro e o CPF do beneficiário.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Pag. 00487/00488 - carta_03 - INVALIDEZ



Carta nº 13260803



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2- "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASL

CPF da Vítima

084.360.654-17

Nome completo da vítima

YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

| | | | | | |
|---|-----------------------|--|-----------------------------------|----------------------|--|
| Nome completo YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS | | CPF titular da conta 084.360.654-17 | | Profissão SOLDADO | |
| Endereço RUA RITA CARNEIRO DINIZ | | Número 417 | | Complemento | |
| Bairro GISEL | Cidade JOÃO PESSOA | Estado PB | CEP 58.075-419 | | |
| Email | | | Telefone (DDD) (83) 99983.8652 | | |

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

| | | | | | | | |
|---|--|--|--|---|--|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR | | <input type="checkbox"/> SEM RENDA | | <input type="checkbox"/> ATÉ R\$ 1.000,00 | | <input type="checkbox"/> R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00 | |
| <input type="checkbox"/> R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00 | | <input type="checkbox"/> R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00 | | <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$ 10.000,00 | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) <input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAÚ (341) | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104) | | | | | | | |
| AGÊNCIA NRO. 1033 (Informar dígito se existir) | | D/V | | CONTA NRO. 52609 (Informar dígito se existir) | | D/V 0 | |
| BANCO NOME | | | | NRO. | | | |
| AGÊNCIA NRO. | | | | D/V | | | |

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Líder a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

JOÃO PESSOA, 15 de AGOSTO de 2018

Local e Data

+ YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal





CERTIDÃO DE REGISTRO DE OCORRÊNCIA

Nº 01960.01.2017.1.00.420

CERTIFICO, em razão de meu ofício e a requerimento verbal de pessoa interessada, o Registro de Ocorrência Policial Nº 01960.01.2017.1.00.420, cujo teor agora passo a transcrever na íntegra: À(s) 10:19 horas do dia 24 de outubro de 2017, na cidade de João Pessoa, no estado da Paraíba, e nesta Delegacia Especializada de Acidentes de Veículos da Capital, sob responsabilidade do(a) Delegado(a) de Polícia Civil Alberto Jorge Diniz e Silva, matrícula 1331957, e lavrado por Fabiana de Lima Bezerra, Agente de Investigação, matrícula 1819003, ao final assinado, compareceu **Yuri Gabriel da Silva Santos**, CPF nº 084.360.654-17, nacionalidade brasileira, estado civil solteiro(a), identidade de gênero masculino, profissão Soldador, filho(a) de Adriana Costa da Silva e Israel Nogueira dos Santos, natural de João Pessoa/PB, nascido(a) em 20/03/1996 (21 anos de idade), residente e domiciliado(a) no(a) Rua Rita Carneiro Diniz, Nº 417, bairro Ernesto Geisel, tendo como ponto de referência Próx. Veleiros do Sul, na cidade de João Pessoa/PB, telefone(s) para contato (83) 98742-4028.

Dados do(s) Fatos:

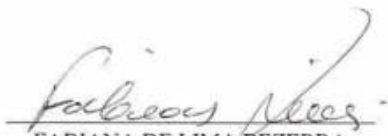
Local: Rua Irani Almeida de Menezes, Na Principal do Antigo Casarão, João Pessoa/PB, bairro Funcionários; Tipo do Local: via/local de acesso público (rua, praça, etc); Data/Hora: 16/04/17 20:06h. Tipificação: em tese, capitulada no(s) **LEI 9.503/97 ART. 303: LESÃO CORPORAL NO TRÂNSITO.**

E NOTIFICOU O SEGUINTE:

Que conduzia a MOTOCICLETA DE MARCA HONDA/NXR 160 BROS, PRETA, 2016/2017, PLACA QFV1626/PB, CHASSI 9C2KD1000HR005029, registrada em nome de ADRIANA COSTA DA SILVA, quando ao desviar de um buraco na via foi atingido no guidon esquerdo por um CARRO NÃO IDENTIFICADO vindo a cair ao solo e lesionar-se conforme LAUDO MÉDICO EXPEDIDO PELO DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA, CRM 2516/PB, DATADO DE 11.07.2017, do Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena, para onde foi socorrido pelo SAMU; Que não deseja representar criminalmente; Que no momento não tem testemunhas a indicar.

Sendo o que havia a constar, cientificado(a) o(a) declarante das implicações legais contidas no Artigo 299 do Código Penal Brasileiro, depois de lida e achada conforme, excepo a presente Certidão. A referida é verdade. Dou fé.

João Pessoa/PB, 24 de outubro de 2017.


FABIANA DE LIMA BEZERRA
Agente de Investigação


YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS
Noticiante



Procedimento Policial: 01960.01.2017.1.00.420



Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos – O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interditada com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

| | | |
|--|--|---------------------------------------|
| Nome Completo da Vítima <u>YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS</u> | CPF da Vítima <u>084.360.654-17</u> | Data do Acidente <u>16.04.2017</u> |
|--|--|---------------------------------------|

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

| | |
|---|---|
| Nome completo do Representante Legal <u>YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS</u> | CPF do Representante legal <u>084.360.654-17</u> |
| Email <u>/</u> | Telefone (DDD) <u>(83) 99983.8652</u> |

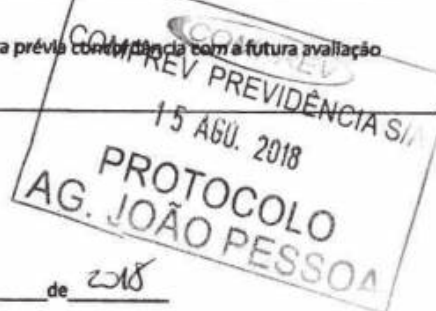
Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.



JOÃO PESSOA, 15 de AGOSTO de 2018
Local e Data

YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS
Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DALI.001 V001/2017



CNPJ 08.806.754/0015-40
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA
Av. Diógenes Chianca, 1777
Água Fria - CEP 58053-900
João Pessoa - PB

DECLARAÇÃO

O SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA, inscrito sob CNPJ: 08.806.754/0015-40, atendendo o requerimento nº 708/003, **DECLARA** para os devidos fins, que consta em nossos registros, sob protocolo: 1668126, o atendimento pré-hospitalar realizado pela referida instituição ao paciente **YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS** idade 21 anos, vítima de **Acidente de Trânsito (Colisão carro x moto)** no dia 16/04/2017, na Rua Irani Almeida de Menezes, Bairro: Funcionários I - João Pessoa - aproximadamente às 20:06 horas, sendo o mesmo encaminhado ao Hospital de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena.

Por ser expressão da verdade, firmo a presente declaração.

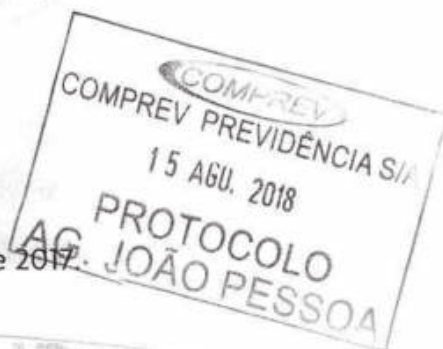
João Pessoa, 03 de Agosto de 2017.

Jefferson da Rocha Augusto
Estetístico
CREIS - RAB: 10171

SAMU 192 JP

Jefferson da Rocha Augusto
Matrícula: 67.155-6
Coordenação do SAME
SAMU 192 REGIONAL DE JOÃO PESSOA

Rua: Diógenes Chianca, 1777 - Água Fria - CEP: 58053-900 - João Pessoa - PB
Fone SAME: (83) 3218.9242; 3218.9125



BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 28/09/2018

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 2.362,50

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

BANCO: 104

AGÊNCIA: 01033

CONTA: 000000052609-0

Nr. da Autenticação 43A4EB24AAC72439



ISRAEL NOGUEIRA DOS SANTOS
RUA RITA CARNEIRO D'ÁZEV. 417 - GEBEL
JOÃO PESSOA / PB CEP 58075-410 (AG 1)

Emissão: 25/05/2018 Referência: Mai/2018
Classe/Serviço: RESIDENCIAL MONOFASICO
Roteiro: 15-2-205-2802 NP medidor: 00001989589

ISRAEL NOGUEIRA DOS SANTOS
RUA RITA CARNEIRO D'ÁZEV. 417 - GEBEL
JOÃO PESSOA / PB CEP 58075-410 (AG 1)

ENERGISA PARANÁ - DISTRITO DE JACAREZINHO
DISTRITO DE JACAREZINHO - JACAREZINHO
DISTRITO DE JACAREZINHO - JACAREZINHO

Nota Fiscal/ Carta de Energia EMFICA 0007 137 878
Cód. para Dth. Automático: 00011872983

Atendimento ao Cliente ENERGISA 0800 083 0196 Acesso: www.energisa.com.br

| Conta referente a | Apresentação | Data prevista da próxima leitura | CPF/ CNPJ/ RANI |
|-------------------|--------------|----------------------------------|------------------------|
| Mai / 2018 | 25/05/2018 | 26/06/2018 | 2129854410 -999 Est |

UC (Unidade Consumidora): 5/1187298-3

Canal de contato

Banco indicativo Energisa ON em sua quibol: smartphone ou tablet.
Você terá acesso à segunda via da conta, mudança de endereço,
informações sobre falta de energia e diversos outros serviços.
Tudo sem precisar sair de casa. É conveniente e aproveite essas
facilidades.

| Anterior | | Atual | | Constante | Consumo | Dias |
|----------|---------|----------|---------|-----------|---------|------|
| Data | Leitura | Data | Leitura | | | |
| 25/04/18 | 18182 | 25/05/18 | 18004 | | 222 | 30 |

| Demonstrativo | | | | | | | | | | | |
|------------------------|--------------------------|-----------|--------------------------------------|----------|--|------------|-------------|---------------|---------------|---------------|------|
| CC | | Descrição | Quantidade | Tarifa | Valor Base (R\$) | Alto (R\$) | Baixo (R\$) | Parcela (R\$) | Parcela (R\$) | Parcela (R\$) | |
| | | | Tributos Totais (R\$) (CNS/RE) (CNS) | | Parcela (R\$) (2x) (3x) (4x) (5x) (6x) | | | | | | |
| 0801 | Consumo em kWh | | 222,000 | 0,711360 | 157,92 | 157,92 | 21 | 40,88 | 157,92 | 0,97 | 4,61 |
| 0801 | Adic. S. Amarelo | | 2,00 | 2,00 | 27 | 0,72 | 2,00 | 0,00 | 0,07 | | |
| LANÇAMENTOS E SERVIÇOS | | | | | | | | | | | |
| 0801 | CONTRIB SERV LUM PUBLICA | | 7,23 | 0,00 | 2 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 Abr. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Declaração do Proprietário do Veículo

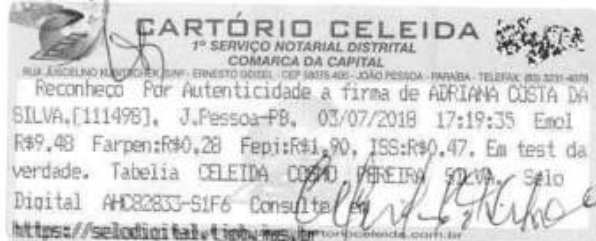
Eu, ADRIANA COSTA DA SILVA,
RG nº 21955131, data de expedição 12/03/12 Órgão SSP/PB,
portador do CPF nº 055.913.647-13, com Domicílio na
cidade de JOÃO PESSOA, no Estado de PARAÍBA, onde
resido na (Rua/Avenida/Estrada) AV. RITA CARNEIRO DINIZ,
nº 417, complemento, GEISEL, declaro, sob as penas da Lei, que
o veículo abaixo mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente
ocorrido com a vítima YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS
cujo o condutor era YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS.

Veículo: HONDA / NXR 160 BMS
Ano: 2016
Modelo: 2017
Placa: QFV 1626/PP
Chassi: 9C2KDJ000HR005029
Data do acidente: 16.04.2017

Local e data: JOÃO PESSOA, 15 DE AGOSTO DE 2018

X Adriana Costa da Silva
Assinatura do Declarante Proprietário
(Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade)

X _____
Assinatura do Condutor (caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do
sinistro) (Assinar e Reconhecer a Firma por autenticidade) Descrição do Status





CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

Laudo Médico / Resumo de Alta



| | | | |
|---|----------------|-------------------------------|----------------|
| Nome: <u>JOÃO GABRIEL DA SILVA SANTOS</u> | | Registro: <u>22641</u> | |
| Idade: <u>22</u> | Sexo: <u>M</u> | Cor: <u>BRN</u> | Enf: <u>17</u> |
| Data de admissão: <u>16/04/17</u> | | Data da alta: <u>25/04/17</u> | |
| Diagnóstico inicial: <u>FRATURA DIÁFISE HUMER (D)</u> | | | |
| Diagnóstico final: <u>11 PATELA (D)</u> | | | |
| Outros diagnósticos: | | | |
| Principais exames: <u>RASTROGRAFIA</u> | | | |
| Cirurgia realizada - data e equipe: <u>MANUTENÇÃO CIRÚRGICA DE FRATURA DA DIÁFISE DO HUMERUS DIREITO E DA FRATURA DA PATELA (D)</u> | | | |
| Terapêutica medicamentosa: <u>DR. LUZ PATELA / DR. STEFFENSON</u> | | | |
| Anatomia patológica: | | | |
| Infecção: sim () não () Coleta de material: sim () não () | | | |
| Resultado bacteriologia: | | | |
| Condições de alta: Melhorado () Removido () A pedido () Curado () Óbito () | | | |
| Resumo clínico: história evolução, terapêutica, complicações: <u>FRATURA HUMERUS - FLECHA FAMILIAR</u> <u>E SEM SINTOMAS</u> | | | |
| Orientações Pós Alta | | | |
| Dieta: <u>30</u> dias. <u>60</u> dias. | | | |
| Repouso: relativo em casa por, <u>30</u> dias. <u>60</u> dias. | | | |
| retorno às atividades sem esforço físico em, <u>30</u> dias e com maior em, <u>60</u> dias. | | | |
| retorno às atividades com esforço físico leve, <u>30</u> dias e com maior em, <u>60</u> dias. | | | |
| Cuidados com a ferida operatória: lava-la com água e sabão duas vezes por dia se sentir dor, calor, vermelhidão ou inchaço no local ou se ocorrer febre, procurar imediatamente o Hospital Estadual de Emergência e Trauma Senador Humberto Lucena. | | | |
| Medicações para casa: <u>PARACETOL 700mg</u> | | | |
| Retorno: Ao posto de saúde em <u>25 de 4 de 17</u> para retirada de pontos. | | | |
| Ao ambulatório em 30 dias para revisão. | | | |
| João Pessoa: <u>25</u> de <u>4</u> de <u>17</u> | | | |
| Este documento destina-se a aprovação de atendimento hospitalar para DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO, CONTINUIDADE DE TRATAMENTO. | | | |

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 ABR. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

DR. ESTEVE
DR. LUZ PATELA





LAUDO MÉDICO

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME DO PACIENTE YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

DADOS DE NASCIMENTO 20/03/96

NOME DA MÃE ADRIANA COSTA DA SILVA

DADOS EXTRAÍDOS

BOLETIM DE ENTRADA N.º 994.331

Nº PRONTUÁRIO 101.522

DATA DO ATENDIMENTO 16/04/17

HORA DO ATENDIMENTO 21:25

MOTIVO DO ATENDIMENTO ACIDENTE DE MOTOCICLETA

DIAGNÓSTICO (S) FRATURA DA DIÁFISE DO FEMUR D + FRATURA DA PATELA D

CID 10 S 72.3 + S 82.0

AVALIAÇÃO INICIAL:

Paciente deu entrada neste hospital vítima de acidente de motocicleta (colisão carro x moto), há cerca de 5hs, apresentando dor em membro inferior D e ferimento transfixante em lábio inferior. Glasgow 15. Avaliado pela equipe médica da urgência/emergência.

EXAMES SOLICITADOS/REALIZADOS:

RX da coxa D - AP e P

RX do joelho D - AP e P

TRATAMENTO:

Fratura da diáfise do femur D + fratura da patela D aos RX. Realizado internamento, sutura e tratamento cirúrgico das fraturas no 1º tempo pelo Dr. Heisemberg Almeida e no 2º tempo pelo Dr. Luiz Portela e Dr. Stefferson Diniz.

ALTA HOSPITALAR: 25/04/17

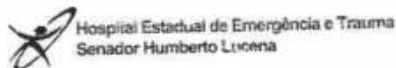
DATA DA EMISSÃO: 11/07/17

DR. EWERTON NORONHA TEIXEIRA
MÉDICO ORTOPEDISTA
CRM - 2516

Dr. Ewerton Noronha Teixeira
CRM: 2516/PB

ATENÇÃO: Este documento destina-se à comprovação de atendimento hospitalar para: DML, INSS, EMPRESAS, ESCOLAS, MINISTÉRIO DO TRABALHO e CONTINUIDADE DE TRATAMENTO





ACOLHIMENTO, em -- CNES: 123312 - Tel.:

Boletim de Atendimento: 994331



| Identificação do paciente | | | | | | |
|---|--|---------------------------------------|--|-------------------|---------|--|
| ID 863400 | Nome YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS | | | Sexo Masculino | | |
| Data de nascimento 20/03/1996 | Idade 21 anos 27 dias | Estado civil SOLTEIRO(A) | Religião NAO INFORMADA | Prontuário | | |
| Mãe ADRIANA COSTA DA SILVA | Pai ISRAEL NOGUEIRA DOS SANTOS | | | | | |
| Escolaridade | Responsável (Parentesco) ISRAEL NOGUEIRA DOS SANTOS - PAI | | | | | |
| DDD Móvel 63 | Fone Móvel 987424028 | DDD Fixo | Fone Fixo | | | |
| Tipo documento RG (IDENTIDADE) | Número documento 3481215 | Nº Cns 898001230846680 | | | | |
| Local de procedência ERNANI SATIRO | Tipo BAIRRO | UF PB | | | | |
| Email NAO INFORMADO | Naturalidade JOAO PESSOA | CBO/R | | | | |
| Endereço | | | | | | |
| CEP 58080040 | Município de residência JOAO PESSOA | UF PB | Logradouro Coronel Antônio Correia Brasil | | | |
| Número 28 | Complemento | Bairro Ernani Sátiro | | | | |
| Admissão | | | | | | |
| Data e Hora 16/04/2017 21:25:47 | Número da pulseira 1000005978532 | Convênio SUS | | | | |
| Especialidade CIRURGIA GERAL | Clínica | | | | | |
| Classificação de risco | Origem do paciente RUA | | | | | |
| Caráter de atendimento | Motivo do atendimento ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Detalhe do acidente QUEDA / OUTROS | | | | |
| Indicadores e Transporte | | | | | | |
| Caso policial Não | Plano de saúde Não | Veio de ambulância Não | Trauma Não | | | |
| Meio de transporte SAMU | Quem transportou | | | | | |
| Sinais Vitais | | | | | | |
| PA _ X _ mmHg | Pulso | Temperatura | | | | |
| Exames complementares | | | | | | |
| Raio X [] | Sangue [] | Urina [] | TC [] | Liquor [] | ECG [] | Ultrasonografia [] |
| Dados clínicos <i>reconstituído pelo inf 17104 + TTED Deferi NSJ</i> | | | | | | COMPREV PREVIDÊNCIA S/A 15 ABO. 2018 PROTOCOLO AG. JOÃO PESSOA CJP |
| Diagnóstico | | | | | | |
| Atendido por THIAGO FERNANDES DE ARAUJO | | | | | | |
| Tempo 29seg | | | | | | |

Imprimir

16/04/2017 21:23



Assinado eletronicamente por: SUELIO MOREIRA TORRES - 01/12/2020 10:42:29

<http://pje.tjpb.jus.br:80/pje/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=20120110422882500000035595935>

Número do documento: 20120110422882500000035595935

Num. 37303504 - Pág. 12

17/04/17 - 1:20
#BMPH

Paciente vítima de acidente motociclístico há
15h (sic), com trauma e dor no maxilar. No momento
em BEE, supnóico, normocorado, afebril ao toque.
Ao exame físico nota-se FCC transfixante em lábio
inferior, abertura bucal satisfatória, ausência de
distúrbio ocular e ausência de sinais sugestivos
de fratura nos ossos do face.

(U): 1 - Exame físico

2 - Sutura do FCC transfixante em lábio inferior realizada
no Bloco Cirúrgico (Paciente em regulação com
procedimento pela ortopedia).

3 - Orientações

4 - Alta BMP / Ao cuidado dos demais especialistas.

Dr. Rui Medeiros, Mec
Cirurgia Bucal, Maxilo-Facial
Implantodontia
CRO/PE 2261-CRO/PA 5518





Hospital Estadual de Emergência e Trauma
Senador Humberto Lucena



GOVERNO
DA PARAÍBA

VERDE, 1 -
CNES: 2778696 - Tel.:

| | | | |
|---|---|--|------------------------------|
| Paciente YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS | BAE 994331 | Data/Hora Entrada 16/04/2017 21:25:47 | Data Baixa |
| Data de nascimento 10/03/1996 | Idade 21 | Sexo Masculino | CNS 898001230846680 |
| Nome ADRIANA COSTA DA SILVA | | Telefone de Contato (83) 987424028 | Prontuário |
| Endereço Coronel Antônio Correia Brasil, 28 | Bairro Ernaní Sátiro | Município JOAO PESSOA | UF PB |
| Acidente QUEDA / OUTROS | Motivo ACIDENTE DE MOTOCICLETA | Profissional FLAVIO PESSOA RIBEIRO | Nº Cons. Regional 6453/PB |
| Data/Hora Classificação 16/04/2017 21:25:47 | Data/Hora Prescrição 16/04/2017 21:33:28 | | |

Anamnese

P ATIMA DE COLISAO CARROXMOTO. REFERE DOR EM MID, NEGA VOMITOS OU DESMAIOS, NEGA USO DE BEBIDAS ALCOOLICA OU
C NAS AO EXAME: ABD INOCENTE CD: ORTOPEDIA

EXAME DE IMAGEM

RADIOGRAFIA DE COXA DIREITA, (INDICAÇÕES CLÍNICAS: TRAUMA)

CID10

| Código | Descrição |
|--------|------------------------------|
| T14.9 | Traumatismo não especificado |

Conduta

Paciente encaminhado com sucesso para a seção

Flávio P. Ribeiro
Urologia / Uro-Oncologia
Mediastereoscopia
6453-555
FLAVIO PESSOA RIBEIRO
(6453/PB)

YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS





1000005976532 BE: 994331
TURI GABRIEL DA SILVA SANTOS
DT. NASC.: 20/03/1996
MAE: ADRIANA COSTA DA SILVA

END.: Coronel Ant. nio Correia Brasil
N. 29 - Ernani S. Itira
JOAO PESSOA
FONE: ()
CELULAR: (63) 987424029
IDADE: 21
DT. ENTRADA:

AVALIAÇÃO DE ENFERMAGEM B.E./PRONTUÁRIO

NOME DO PACIENTE: _____ IDADE: _____

PROCEDÊNCIA: ☐ Domicílio ☐ Ambulância de resgate ☐ Ambulância SAMU ☐ Polícia

TIPO DE ACIDENTE: ☐ Moto ☐ Automóvel ☐ Ônibus ☐ Bicicleta ☐ Atropelamento
☐ Envenenamento ☐ Incêndio ☐ Explosão ☐ Arma de fogo ☐ Arma branca ☐ Outros: _____

TIPO DE LESÃO: ☐ Fratura fechada ☐ Ferimento aberto ☐ Estagnamento ☐ Laceração ☐ Queimadura
☐ Mordedura ☐ Objeto encrustedo ☐ Ferimento contínuo ☐ Amputação membro ☐ Outros: _____

LOCAL DA LESÃO: ☐ Membros sup. ☐ Membros inf. ☐ Tronco ☐ Cabeça e pescoço ☐ Outros: _____

DADOS CLÍNICOS (sintomas): _____

DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS: _____

EXAME FÍSICO PA: _____ mmHg P: _____ bpm SpO2: _____ Tax: _____

Sistema Neurológico: ☐ Consciente ☐ Inconsciente ☐ Orientado ☐ Desorientado
Nível de Consciência: ☐ Simetria: ☐ Isocóricas ☐ Tamanho: ☐ Mídiase
Avaliação das pupilas: ☐ Anisocóricas ☐ Míose

Sistema Respiratório: ☐ Ventilação invasiva ☐ Ventilação espontânea ☐ Vias aéreas pervias
☐ Traqueostomia ☐ Respiração rápida ☐ Obstrução parcial das vias aéreas
☐ Respiração ruidosa ☐ Suporte ventilatório não invasivo ☐ Obstrução total das vias aéreas

Sistema Circulatório: ☐ Pulso ausente ☐ Pele fria e úmida ☐ Perfusão tissular satisfatória
☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Perfusão tissular comprometida
☐ Palidez ☐ Outros: _____

Sistema Digestório: ☐ HDA ☐ Uso de SNG ☐ Vômitos ☐ Dor à palpação superficial
☐ HDB ☐ Corpo estranho ☐ Dor à palpação profunda
Outros: ☐ Rigidez abdô ☐ Distensão abdominal

Sistema Genito-urinário: ☐ Disúria ☐ Hematúria ☐ Oligúria ☐ Poliúria ☐ SVD ☐ Outros: _____

HISTÓRICO CLÍNICO E CIRÚRGICO: ☐ Hipertensão ☐ Diabetes ☐ Câncer ☐ Alergias ☐ Cirurgias
☐ Internações ☐ Outros: _____ Especificar: _____

USO DE MEDICAÇÃO? ☐ Sim ☐ Não Especificar: _____

HORÁRIO DA ÚLTIMA REFEIÇÃO: _____

IMUNIZADO CONTRA O TÊTANO? ☐ Sim ☐ Não

OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES:
16/04/17 Paciente deu entrada no hospital vítima de acidente de moto no momento em que estava saindo do comércio, encaminhado ao CDA.

DESTINO: _____ ENFERMEIRO: _____ COREM: _____

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



Intipua
16/04/17 23:46

Acidente visto
tram com o
Rx: fratura patula
femur fem
CA: Ao Bico
P/ TTE

Roberto Pires de Almeida
Ortopedia / Traumatologia
Cirurgia do Joelho
RM-PB 7118 - TEOT 13401



Cirurgia 337504

Liberado da cirurgia geral
aos cuidados do Soco e
ORTOPEDIA.

Porém se for necessário
reoperarmos.


JOSÉ HELMAN PALITO
033.00.003430-0
CRM 3430





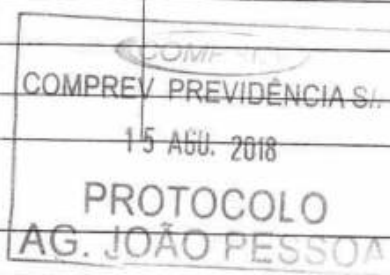
RELATÓRIO DE CIRURGIA



Nome: Yuri Gabriel da Silva Santa BE/Prontuário: 994331
Idade: 21 Sexo: ☒ Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 17/04/17
Clínica/Setor: BMP EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: Reconstrução de lábio inferior
Cirurgião: Rui Medeiros 1º Assistente: Renato Santos
2º Assistente: Bruno Araújo 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

| Diagnóstico Pós-Operatório | CID |
|--|--------------|
| <u>ferimento transfixado em lábio inferior</u> | <u>S01.5</u> |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Procedimentos Cirúrgicos | Código |
|---------------------------------------|--------|
| <u>Reconstrução de lábio inferior</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |
| | |



Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim (X) Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim (X) Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

☒ Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

Dr. Rui Medeiros, MSc
Cirurgião Geral, Cirurgia Facial
CRM: _____

João Pessoa, 17/04/17

F(ING)ASCIR 009-1



CRUZ VERMELHA
BRASILEIRA

RELATÓRIO DE CIRURGIA

88



Nome: João Gabriel de Silva Santos BE/Prontuário: _____
Idade: _____ Sexo: () Masculino () Feminino Cor: _____ Data: 16/09/17
Clínica/Setor: _____ EMP: _____ LR: _____
Cirurgia: _____
Cirurgião: Dr. Heisenberg 1º Assistente: MR. S. ENCA
2º Assistente: MR. S. P. L. L. 3º Assistente: _____
Instrumentador: _____ Anestesista: _____
Tipo de Anestesia: _____ Horário: Início _____ : _____ Término _____ : _____

| Diagnóstico Pós-Operatório | CID |
|---------------------------------|-----|
| <u>Fratura Diáfise de Fêmur</u> | |
| <u>e Fratura Patelar D.</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |

| Procedimentos Cirúrgicos | Código |
|----------------------------------|--------|
| <u>1) Tala Transquelética de</u> | |
| <u>Fêmur D.</u> | |
| | |
| | |
| | |
| | |

Acidente durante Ato Cirúrgico: () Sim () Não. Descrição: _____

Biopsia de Congelação: () Sim () Não

Encaminhamento do Paciente Após Ato Cirúrgico:

() Enfermaria () Terapia Intensa () Residência () Óbito durante Ato Cirúrgico

Médico/CRM: _____

João Pessoa, 16/09/17

F(NG).ASCIR.009-1





Nota de Sala Cirúrgica

Nome do Paciente: Yuri Gabriel da Silva Santos

Idade: 21 BE 994331 PRONTUÁRIO: ENFERMARIA: LEITO:

Cirurgia: Trat. cirúrgico de fratura transesqueletica femur D

Cirurgião: Dr. Heisenberg

Anestesia: Raquia + local

Anestesiista: Dra. Pamela

Instrumentador:

Data: 17/04/17 TEMPO CIRÚRGICO - ANESTESIA INÍCIO: 00:40 CIRURGIA INÍCIO: FIM: 01:20

ÍNDICE DE RISCO DE CIRURGIA - ASA (AMERICAN SOCIETY OF ANESTHESIOLOGIST)

ASA 1 () ASA 2 () ASA 3 () ASA 4 () ASA 5 ()

GRAU DE CONTAMINAÇÃO () LIMPA () CONTAMINADA () INFECTADA () POTENCIALMENTE CONTAMINADA

| MEDICAÇÕES ANESTÉSICAS | QTD. | MATERIAIS CONT. | QTD. | FIOS | QTD. |
|-------------------------|------|-----------------------------|------|------------------------|--------|
| ALFENTANIL | | JELCO Nº18 | | FIO CAT GUT CROMADO Nº | |
| BUPIVACAÍNA ISOBÁRICA | | JELCO Nº20 | | FIO CAT GUT CROMADO Nº | |
| BUPIVACAÍNA PESADA | | JELCO Nº22 | | FIO DE AÇO Nº | |
| CETAMINA | | JELCO Nº24 | | FIO DE AÇO Nº | |
| DROPERIDOL | | KIT SIST. DREN. TORÁXICA Nº | | FIO DE NYLON Nº | |
| ETOMIDATO | | LÂMINA BISTURI Nº11 | | FIO DE NYLON Nº | |
| FENOBARBITAL | | ALCOOL ETÍLICO 70% | OK | FIO DE NYLON Nº | 5-0 01 |
| FENTANIL | | PVPi DEGERMANTE | OK | FIO DE NYLON Nº | |
| FLUMAZENIL | | PVPi TINTURA | OK | FIO POLIGLACTINA Nº | |
| ISOFLURANO | | PVPi TÓPICO | OK | FIO POLIGLACTINA Nº | 4-0 01 |
| LEVOBUPIVACAÍNA C/ VASO | | SABÃO ANTISÉPTICO | | FIO POLIGLACTINA Nº | |
| LEVOBUPIVACAÍNA S/ VASO | | LÂMINA DE ENXERTO | | FIO POLIPROPILENO Nº | |
| LIDOCAÍNA C/ VASO | | LÂMINA DE PROCEDIMENTO PAR. | | FIO POLIPROPILENO Nº | |
| LIDOCAÍNA S/ VASO | | AGULHA 13X4,5 | 01 | FIO POLIPROPILENO Nº | |
| MIDAZOLAM | | AGULHA 25X07 | 01 | FIO POLIGLECAPRONE Nº | |
| MORFINA | | AGULHA 25X08 | 01 | FIO SEDA Nº | |
| NIMBUM | | AGULHA 40X12 | 01 | FITA CARDÍACA | |
| PANCURÔNIO | | AGULHA PERIDURAL Nº16 | | MATERIAL ESPECIAL | QTD. |
| PETIDINA | | AGULHA PERIDURAL Nº17 | | CATETER DE PIC | |
| PROPÓFOL | | AGULHA PERIDURAL Nº18 | | CIMENTO CIRÚRGICO | |
| RAMIFENTANIL | | AGULHA RAQUI Nº25G | | CLIP TITÂNIO LIGADURA | |
| ROCURÔNIO | | AGULHA RAQUI Nº26G | 01 | FIO DE KIRSCHNER Nº | 4-5 1 |
| SEVOFLURANO | | AGULHA RAQUI Nº27G | | FIO DE KIRSCHNER Nº | |
| SUXAMETÔNIO | | ALGODÃO ORTOPÉDICO | | FIO DE KIRSCHNER Nº | |
| TIOPENTAL | | ATADURA DE CREPOM | 02 | FIO STEINMAN Nº | |
| | | ATADURA GESSADA | | FIO STEINMAN Nº | |
| | | SERINGA 3ML | | GRAMPEADOR CIRÚRGICO | |
| | | SERINGA 5ML | | HEMOST. ABSORVÍVEL | |
| | | SERINGA 10ML | | KIT DERIVA VENTRICULAR | |
| | | SERINGA 20ML | | PRÓTESE VASCULAR | |
| | | BOLSA P/ COLOSTOMIA | | KIT PAM | |
| | | CÂNULA P/ TRAQUEOSTOMIA Nº | | FIXADOR EXTERNO | |
| | | CATETER DE OXIGÊNIO | 01 | EMPRESA | |
| | | CATETER EMBOLEC ARTERIAL Nº | | | |
| | | CATETER EPIDURAL Nº16 | | | |
| | | CATETER EPIDURAL Nº17 | | | |
| | | CATETER EPIDURAL Nº18 | | | |
| | | CERA PARA OSSO | | | |
| | | COLET. URINA FECHADO | | | |
| | | COMPRESSAS CIRÚRGICAS | 05 | | |
| | | COMPRESSAS CIRÚRGICAS | | | |
| | | DRENO DE PENROSE | | | |
| | | DRENO DE SUÇÃO | | | |
| | | ELETRODOS | 05 | | |
| | | EQUIPO MACROGOTAS | | | |
| | | EQUIPO TRANSF. SANGUE | | | |
| | | ESPONJA DE PVPi | 01 | | |
| | | ESPARADRAPO | 05 | | |
| | | GAZES | | | |
| | | GAZES ALGODOADAS | | | |
| | | GEL ELETROLÍTICO | | | |
| | | JELCO Nº14 | | | |
| | | JELCO Nº16 | | | |

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

15 AGO. 2018

PROTOCOLO

AG. JOÃO PESSOA

EQUIPAMENTOS

() ASPIRADOR

() BISTURI ELÉTRICO

() CAPNÓGRAFO

() CARDIOMONITOR

() DESFIBRILADOR

() FOCO AUXILIAR

() FOCO CENTRAL

() MICROSCOPIO

() OXÍMETRO DE PULSO

() PNEUMÓMETRO INVASIVO

() PERFURADOR ELÉTRICO

() SERRA

CIRCULANTE 384856

FING) ASCIR.021-2



DESCRIÇÃO DA CIRURGIA

Posição e Preparo:

- Paciente em Decúbito Dorsal sobre
bancêlo
- Cirúrgico + Anestesiologista
- Aplicação de Campos Cirúrgicos

Incisão:

Achados:

① Fratura Pélvica D + Fratura Diáfise
Femur D.

Conduta:

① Passagem de Fio de Kirschling 4.5, em
Femur D. Passagem de cordão para
bancêlo após pulso do lado superior de
Pélvica e transpor bem posterior 2 cm
superior ao lado superior de Pélvica.

Fechamento:

① Curativos estéreis

Observação:

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A

15 AGO. 2018

PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA

João Pessoa

Médico/CRM:


SUELIO MOREIRA TORRES
CRM 37209

F(NG).ASCIR.009-1



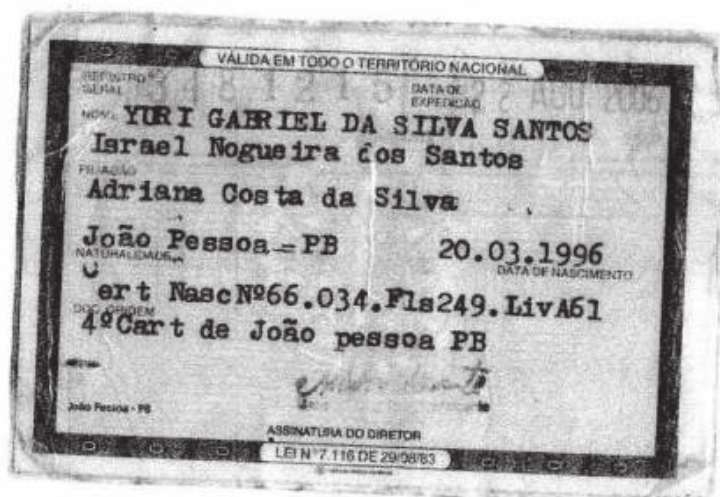
2017/09/25 00:00:17

D

Image:2 Serie

COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
17 SET. 2018
PROTOCOLO
AQ. JOÃO PESSOA





REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - PB
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO
Nº 013928838643

VIA 1 CDD. RENAVAM 0110759305-8 EXERCÍCIO 2017
NOME ADRIANA COSTA DA SILVA

CPF / CNPJ 05591364713

PLACA ANT. / UF NOVO PB

PLACA QFV1626/PB

ESPÉCIE TIPO PAS/MOTOCICLE/NAO APLIC

MARCA / MODELO HONDA/NXR 160 BROS

CAP. POT. / CIL 2 P/162 /CI

CATEGORIA PARTIC

COMBUSTÍVEL GASOLINA

ANO FAB. 2016 ANO MOD. 2017

COR PREDOMINANTE PRETA

COTA ÚNICA

VENC. COTA ÚNICA 00/00/0000

1º VENC. / COTAS

FAIXA I.P.V.A.

PARCELAMENTO / COTAS 0

2º VENC. / COTAS

PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)

IOF (R\$)

PRÊMIO TOTAL (R\$)

DATA DE PAGAMENTO

SEGURO

PAGO

06/11/2017

A.F. BV FINANCEIRA S.A.

JOAO PESSOA - PB

41955

LOCAL

DATA 20/12/2017

909670

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOA TRANSPORTADA OU NAO - SEGURO DPVAT

PB Nº 013928838643

BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO
AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.seguradoralider.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

VIA 1

CPF / CNPJ 05591364713

EXERCÍCIO 2017

DATA EMISSÃO 20/12/2017

RENAVAM 01107593058

ANO FAB. 2016

CAT. TAB. 9

MARCA / MODELO HONDA/NXR 160 BROS

Nº CHASSI 9C2KD1000HR005029

PRÊMIO TARIFÁRIO

DENATRAM (R\$)

CUSTO DO SEGURO (R\$)

CUSTO DO BILHETE (R\$)

IOF (R\$)

SEGURO

TOTAL A SER PAGO PELO SEGURO (R\$)

PAGO

DATA DE QUITAÇÃO

06/11/2017

SEGURADORA LÍDER - DPVAT

CNPJ 09.248.808/0001-04

909670-0948126-20171220

COMPREV
COMPREV PREVIDÊNCIA S/A
15 AGO. 2018
PROTOCOLO
AG. JOÃO PESSOA



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180377600 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 16/04/2017 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE FÊMUR DIREITO.
FRATURA DE PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:

Observações: CONFORME RELATÓRIO DE MÉDICO ASSISTENTE DR LUIZ PORTELA NO DIA 13/09/18.

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Total | | | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |

ESPECIALISTA

Empresa: Líder- Serviços AMD

Grupo: EQ1

Nome: GUSTAVO CARLOS CALCENA AGUERO

CRM: 5235988-0

UF do CRM: RJ

Assinatura:



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3180377600 **Cidade:** João Pessoa **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS **Data do acidente:** 16/04/2017 **Seguradora:** SOMPO SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/09/2018

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA PROXIMAL DE FÊMUR DIREITO.
FRATURA DE PATELA DIREITA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO E ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DE MEMBRO INFERIOR DIREITO (CONFORME RELATÓRIO DE MÉDICO ASSISTENTE DO DIA 13/09/18).

Sequelas: Com sequela

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL LEVE DE MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Documentos complementares:
Observações:

DANOS

| DANOS CORPORAIS COMPROVADOS | Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74) | Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74) | % Apurado | Indenização pelo dano |
|---|--|--|-----------|-----------------------|
| Perda funcional completa de um dos membros inferiores | 70 % | Em grau leve - 25 % | 17,5% | R\$ 2.362,50 |
| Total | | | 17,5 % | R\$ 2.362,50 |



PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0298573/18

Número do Sinistro: 3180377600

Vítima: YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

CPF: 084.360.654-17

Seguradora: SOMPO SEGUROS S/A

Data do acidente: 16/04/2017

CPF de: Próprio

Titular do CPF: YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Documentação médico-hospitalar

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 17/09/2018
Nome: YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS
CPF: 084.360.654-17

YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 17/09/2018
Nome: MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA
CPF: 104.643.734-84

MARCILIO MANOEL PEREIRA DA SILVA





EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 9ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE JOAO PESSOA/PB

Processo: 08094124120208152001

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **YURI GABRIEL DA SILVA SANTOS**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^a, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de **R\$ 2.362,50 (dois mil e trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos)**, valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br



Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

JOAO PESSOA, 27 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/PB 4246-A

SUELIO MOREIRA TORRES
15477 - OAB/PB

Rua São José, 90, 8º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ – CEP: 20010-020
www.joaobarbosaadvass.com.br

